DATOS DEL SOLICITANTE

OFICIO: S/N /202\_ .

ASUNTO: Se solicita atención medica en Hospital de la SEDENA.

Ciudad de México, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_.

Al C. Capitán Nav. SSN. MCN. Hemat. Ped.

Dtor. Gral. Adj. de Sanidad Naval

Ciudad.

Me permito solicitar a esa superioridad si para ello no existe inconveniente, gire sus respetables órdenes a quien corresponda, a efecto de que se proporcione atención medica al suscrito y a mis derechohabientes en (Nombre completo del Escalón Sanitario) perteneciente a la Secretaria de la Defensa Nacional, por ser la instalación del Servicio de Sanidad más cercana a mi domicilio y contar con los servicios de salud que se requieren, proporcionando para tal efecto la siguiente información y copias de la documentación que se cita:

Domicilio: Del derechohabiente (obligatorio)

Teléfono (con clave lada): Del militar (obligatorio)

Correo electrónico: Del militar (obligatorio)

Nombre de los derechohabientes y parentesco: (obligatorio)

Documentación que se anexa:

* Copia de credencial de Identificación del militar.
* Copia de credenciales de afiliación de los derechohabientes; vigentes ante el ISSFAM (u oficio de que se encuentra en trámite).
* Comprobante de domicilio (agua, predial, luz o teléfono, no mayor a tres meses de su expedición).

Respetuosamente

Grado

Nombre y firma

(Mastricula)

NOTA: El presente oficio y la documentación comprobatoria podrá depositarla al correo comercial: digasan.atencionasist@semar.gob.mx o al correo naval: digasan.sma@naval.sm debiendo esperar la confirmación de recibido de manera electrónica. Dudas y aclaraciones en el Departamento de Serv. Médico Asistenciales de DIGASAN al teléfono 56-24-65-00, ext. 7561.